

Störungen durch Alkohol (F10): Diagnose, Ursachen und Behandlung

1 Diagnostik

Die Einteilung des Abschnitts F1 *psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* unterscheidet sich von den anderen dadurch, dass die betreffende psychotrope Substanz mit der dritten Stelle gekennzeichnet wird (F10... Störungen durch Alkohol, F11... Störungen durch Opoide, usw.).

1.1 ICD-10 Diagnose

Nach der ICD-10 werden 10 verschiedene alkoholbedingte Syndrome unterschieden:

- F10.0 akute Intoxikation (aktueller Rauschzustand)
- F10.1 schädlicher Gebrauch (früher als Missbrauch bezeichnet)
- F10.2 Abhängigkeitssyndrom (Alkohol)
- F10.3 Entzugssyndrom
- F10.4 Entzugssyndrom mit Delir¹
- F10.5 psychotische Störungen (z. B. Alkoholhalluzinose)
- F10.6 alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (Korsakov-Psychose²)
- F10.7 alkoholbedingter Restzustand
- F10.8 andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen
- F10.9 nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen

Es können so viele Syndrome benannt werden, wie zur Beschreibung eines Klienten notwendig sind. Der Kern der Suchtdiagnose ist das **Abhängigkeitssyndrom**, für seine Diagnose müssen *drei von acht Kriterien während des letzten Jahres* erfüllt sein:

1. Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums.
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern.
4. Körperliches Entzugssyndrom.
5. Toleranzentwicklung.
6. Eingeengte Verhaltensmuster bezüglich Alkoholkonsum, Verstoß gegen sozial übliche Trinkregeln.
7. Vernachlässigung früherer Interessen und Einengung auf Alkoholkonsum.
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger negativer Folgen.

¹ *Delirium tremens*: Nach einigen Jahren starken Trinkens kann ein plötzlicher Abfall des Blutalkoholspiegels in ein *Delirium tremens* münden: Patient deliriert und zittert. Er hat überwiegend visuelle, manchmal auch taktile Halluzinationen.

² *Korsakov-Syndrom*: Massive Merkschwäche bei erhaltenem Altgedächtnis und wacher Bewußtseinslage mit örtlicher und zeitlicher Desorientierung und Konfabulationen.

Jemand ist als alkoholabhängig zu bezeichnen, wenn er trotz klar vorhandener Folgeschäden im körperlichen, sozialen oder psychischen Bereich (siehe F10.1) seinen Alkoholkonsum nicht entsprechend reduzieren kann oder will, so dass die negativen Folgeerscheinungen aufrechterhalten oder noch verstärkt werden. Während früher der körperlichen Abhängigkeit eine zentrale Bedeutung beigemessen wurde, steht seit DSM-III-R (der Vorläufer von DSM IV) und ICD-10 der Begriff der **psychischen Abhängigkeit** im Mittelpunkt, darunter versteht man ein *unwiderstehliches Verlangen nach der Droge Alkohol*. Jellinek (1960) verlangt als zentrales Kriterium für die Diagnose der Alkoholabhängigkeit einen **Kontrollverlust**, darunter versteht man im engeren Sinn, dass jemand anfängt zu trinken und so lange nicht aufhören kann, bis er betrunken ist.

Im angelsächsischen Sprachraum (auch im DSM-III-R/DSM-IV) wird zwischen dem "*problem drinker*" (entspricht F10.1 schädlicher Gebrauch) und der Alkoholabhängigkeit klar unterschieden, umstritten ist aber, ob damit nicht nur verschiedene Schweregrade von Abhängigkeit erfasst werden.

1.2 Alkoholismustypologie

Im klinischen Bereich am bekanntesten ist die Typologie des ungarischen Psychiaters Jellinek (1960). Sie ist nicht unumstritten, neuere empirisch-statistische Ansätze haben bis jetzt keine einheitliche Typologie ergeben.

- **Alpha-Trinker: Erleichterungs- oder Konfliktrinker.** Psychische, aber keine physische Abhängigkeit
- **Beta-Trinker: Gelegenheitstrinker**³, die in Gesellschaft häufig und viel trinken. Keine psychische oder physische Abhängigkeit.
- **Gamma-Trinker: Süchtiger Trinker** mit erheblicher psychischer, später physischer Abhängigkeit. Häufig Kontrollverlust.
- **Delta-Trinker: Gewohnheitstrinker.** Keine psychische Abhängigkeit, trinkt etwa gleichmäßig viel über den Tag verteilt, selten Rauschzustände, aber Unfähigkeit zur Abstinenz (also physische Abhängigkeit vorhanden).
- **Epsilon-Trinker: "Quartalssäufer"**: Seltene Alkoholexzesse in Form mehrtägiger "Sauf Touren".

2 Epidemiologie

Etwa 4 % der *Erwachsenenbevölkerung* sind als Alkoholiker (Missbrauch und Abhängigkeit) zu betrachten, bei Männern kommen einzelne Studien zu Werten bis 7 %. Wegen wahrscheinlicher Verleugnungstendenzen sind verlässliche Daten schwer zu bekommen, man geht von 5 % bis 6% *alkoholgefährdeten* in der Altersgruppe 18-29 Jahre aus.

Der Alkoholkonsum von Frauen liegt deutlich niedriger als der von *Männern*. *Untere soziale Schichten* gelten als stärker alkoholgefährdet, aber auch *Selbständige* weisen einen höheren Grad von Gefährdung auf.

³ "Allerdings mit der Tendenz, solche Gelegenheiten alltäglich zu finden." (Kryspin-Exner).

Der Anteil von Alkoholikern in psychiatrischen Krankenhäusern wird bei Männern auf 20 % bis 35 % geschätzt, bei Frauen auf ca. 10 %.

Mortalität: bezogen auf entsprechende Altersgruppen haben Alkoholabhängige eine *Übersterblichkeit*, die zwischen dem Faktor 4 und 8 liegt.

Kosten: Alkoholismus wird seit einem Urteil des Bundessozialgerichts 1968 als Krankheit anerkannt (nicht so im angloamerikanischen Raum!). Daraus ergibt sich eine Fürsorgepflicht des Gesundheitssystems für ein Therapieangebot und Kostenübernahme. Für Behandlungsmaßnahmen wurden von den Rentenversicherungsträgern 1986 DM 399 Millionen aufgewendet, für Medikamentenabhängige 5 Millionen, für Drogenabhängige 40 Millionen (die Steuereinnahmen des Staates für alkoholische Getränke betragen 1985 DM 6,14 Milliarden).

Komorbidity: Häufige Psychiatrische Zusatzprognosen sind Depression, Angstsyndrome, Borderline-Störungen, Soziopathie und Schizophrenie (aber schwer zu bewerten, ob Ursache oder Folge oder unabhängig voneinander aufgetreten!).

Folgekrankheiten sind vielfältig: Leberstörungen wie Fettleber (bei 48 % der alkoholabhängigen Männer, schnelle Rückbildung bei Alkoholabstinenz), Leberzirrhose (unheilbar), Bauchspeicheldentzündungen, Gastritis, Magengeschwüre, Störungen des Muskelsystems, allgemeine Hirnveränderungen (Korsakov, Kleinhirnatrophie), Herzkreislaufstörungen, psychiatrische Störungen (Alkoholdelir, Alkoholhalluzinose, Suizidhandlungen, Alkoholembryopathie). Faustregel: *Es gibt kein Organ, das nicht als Folge eines chronischen Alkoholmissbrauchs geschädigt werden könnte.*

Interkultureller Vergleich: Es gibt unterschiedliche Trinkkulturen, man unterscheidet **Abstinenzkulturen** (viele islamische Länder), **Ambivalenzkulturen** (z. B. skandinavische Länder), **Permissivkulturen** (viele Mittelmeerländer) und **Permissiv-funktionsgestörte Kulturen** (z. B. Irland), in letzteren werden auch Rauschzustände akzeptiert.

3 Ursachen und Störungswissen

Genetische Faktoren wurden in Zwillingsstudien (Konkordanzrate für eineiige 26 % versus für zweieiige 12 %) und Adoptionsstudien (Söhne von Alkoholikern werden ungefähr viermal so häufig Alkoholiker als ebenfalls adoptierte Kinder, deren biologische Eltern nicht Alkoholiker waren) nachgewiesen.

Persönlichkeitsfaktoren: "Die Suche nach einer einheitlichen Alkoholikerpersönlichkeit gilt allgemein als erfolglos und wenig nützlich" (Küfner & Bühringer, 1997), als Grundcharakteristika der prä-mordiden Persönlichkeit, die bedeutsam sein *können*, gelten Defizite im Bereich der Kontrollfähigkeit und gleichzeitig erhöhte Impulsivität.

Soziale Faktoren: Ein gutes soziales Klima sowie eine mittlere Kontrollorientierung der Eltern werden als protektive familiäre Faktoren angesehen. Die Normen und Verhaltensweisen bezüglich Alkohol von Gleichaltrigen sind ebenfalls wichtig: eine Längsschnittstudie ergab, dass die Peer Group etwa fünf mal mehr Einfluss auf das Trinkverhalten von Jugendlichen hat, als die Eltern.

Biologische Theorien und die Suche nach einem Tiermodell der Sucht (meist mit Laborratten) haben bisher kaum bedeutende Ergebnisse gebracht, im Gegensatz zu den Opiaten gibt es für Alkohol auch keine speziellen Rezeptoren im ZNS.

Psychodynamische Theorieansätze befassen sich hauptsächlich mit

- der Triebdynamik des Alkoholikers (das Alkoholverlangen wird als Ausdruck der Regression auf orale Wünsche gesehen),
- mit den Objektbeziehungen (Heigl-Evers: Suchtmittel als Objektersatz)
- mit Ich-psychologischen Defiziten (Defizite in Wahrnehmung, Affekt- und Impulskontrolle → Suchtmittel als Reizschutz gegen Angst / Schmerz / Depression, Urteilsvermögen, Überich-Struktur⁴)

Psychogenetisch wird angenommen, dass es sich hauptsächlich um frühe Störungen handelt (Fixierung auf der oralen Stufe durch Frustration oder übermäßige Befriedigung der Abhängigkeitsbedürfnisse des Kindes seitens der Mutter) wobei die Identitätsbildung (Selbstbild), die Entwicklung von Autonomie, sowie die Entwicklung von Überich-Funktionen gestört sind.

Verhaltenstheoretisch wird davon ausgegangen, dass die gleichen Lernprinzipien zugrunde liegen wie bei jeder anderen Verhaltensstörung: Die ersten Alkoholerfahrungen erfolgen im Sinne eines Modelllernens in der Familie oder Peer Group. Durch die Kontingenz mit positiven Erfahrungen (entspannend, entlastend oder auch stimulierend erlebte Alkoholerfahrungen) wird Alkohol zum klassisch konditionierten Verstärker.

Die **Kognitive Theorie** erklärt die positive Valenz des Alkohols nicht durch klassische Konditionierung, sondern im Sinne einer *Erfolgserwartungstheorie*: die erwartete Wirkung des Alkohols wird als entscheidend angesehen (gut experimentell belegt!).

Das bekannteste **Verlaufsmodell** des Alkoholismus stammt von Jellinek, es basiert auf Befragung von Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker (AA); es werden unterschieden:

1. **Prodromalphase**⁵ (dauert Monate bis Jahre): Es kommt zu ausgedehnten Rauschzuständen mit Erinnerungslücken.
2. **Kritische Phase**: Hauptkriterium ist der Kontrollverlust, der nach Beginn des Trinkens einsetzt.
3. **Chronische Phase**: Längere Trinkexzesse, sozialer Abstieg, Persönlichkeitsabbau.

Die empirische Gültigkeit des Modells ist umstritten, es gilt vermutlich am ehesten für den Gamma-Alkoholismus, der in den AA-Gruppen am stärksten vertreten war.

Unter dem Begriff der "**Co-Abhängigkeit**" (der Begriff kommt ursprünglich aus dem Sprachgebrauch der AA) wird der Beitrag der Bezugspersonen, vor allem des Lebenspartners, zur Aufrechterhaltung der Sucht diskutiert. Co-Abhängige verhalten sich einerseits suchtfördernd (ursprüngliche Bedeutung des Begriffs), sind aber andererseits abhängig von der Beziehungskonstellation mit dem Suchtkranken (neuere Sichtweise). Stile suchtfördernden Verhaltens nach Nelson (1985):

1. Vermeiden und Beschützen

⁴ Beliebter Scherz: Das Überich sei sozusagen "alkohollöslich". (Kryspin-Exner; Davison & Neale). Gemeint ist, ein schwaches Ich schützt sich so vor der Zensur durch das Überich.

⁵ In manchen Darstellungen wird noch eine vorgeschaltete **Präalkoholische Phase** erwähnt, in dieser erfolgt im wesentlichen die Gewöhnung an Alkohol.

2. Versuche, den Suchtmittelkonsum zu kontrollieren → versteckte Formen des Missbrauchs
3. Übernehmen von Verantwortung
4. Rationalisieren und Akzeptieren
5. Kooperation und Kollaboration
6. Retten und sich nützlich machen

Bedingungen für die Beendigung des Alkoholismus: Zur Beendigung des Alkoholismus können veränderte Lebensumstände aller Art beitragen. Eine 40 Jahre umfassende Längsschnittstudie (Vaillant, 1989) zeigte hauptsächlich vier Faktoren, die zum Ausstieg aus der Sucht beitragen:

1. Ersatzabhängigkeiten, z. B. Anschluss an eine religiöse Gemeinschaft
2. Rituelle Erinnerungen an die Wichtigkeit der Abstinenz, z. B. Selbsthilfegruppen
3. Soziale und therapeutische Unterstützung (→ berufliche und soziale Reintegration)
4. Wiederherstellung der Selbstachtung des Betroffenen.

Die Spontanremissionsrate wird auf 19 % geschätzt (Jahresprävalenz, sagt nicht, dass diese Personen langfristig abstinent bleiben). In einer älteren Arbeit über 500 bereits verstorbene Alkoholabhängige (Lemere, 1953) gaben 11 % aus nicht geklärten Gründen ihren Alkoholkonsum auf, 22 % erst nachdem sich Zeichen einer zum Tod führenden Krankheit bemerkbar gemacht hatten, 10 % konnten ihren Alkoholkonsum unter Kontrolle bringen und 57 % behielten ihr problematisches Trinkverhalten bei.

4 Intervention

Allgemein ist zu sagen, dass es zwei verschiedene Therapiesysteme gibt:

1. Den im angelsächsischen Raum dominierenden **sozialwissenschaftlich-pragmatischen Ansatz**: Missbrauch und Sucht werden eher als verschiedene Schweregrade der Abhängigkeit gesehen, kontrolliertes Trinken als Therapieziel akzeptiert, Krankheitsmodell wird als wenig hilfreich gesehen (Kostenübernahme für Therapie im Krankenversicherungssystem nicht vorgesehen!). Therapieansätze überwiegend pragmatisch und überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert: minimale Interventionsprogramme, Selbsthilfemanuale, einmalige Beratungsgespräche, erst bei Misserfolg intensivere Therapieprogramme. Eher Distanz zu Selbsthilfegruppen.
2. Im deutschsprachigen Raum herrscht ein **diagnose- und suchtorientierter Ansatz** vor:
 - Abhängigkeitssyndrom wird als *qualitativ verschieden* zum sozial kontrollierten Konsum gesehen (**Krankheitsmodell**)
 - **Entwöhnungsbehandlung** meist umfangreicherer Art vorgesehen
 - **Abstinenz** als Therapieziel
 - **Idealtypisches Phasenmodell der Behandlung**

4.1 Die vier Behandlungsphasen

Nach Feuerlein (1989) werden unterschieden die Kontaktphase, die Entzugs- oder Entgiftungsphase, die Entwöhnungsphase und die Nachsorgephase.

4.1.1 Kontaktphase

- **Diagnose und Anamnese** (mit Analyse des Trinkverhaltens)
- Behandlung aller körperlichen Alkoholfolgeerkrankungen
- Entwicklung einer **Therapie- und Abstinenzmotivation**
- Vorläufige Alkoholabstinenz
- **Krisenintervention** beispielsweise bei akuter Suizidalität⁶

4.1.2 Entzugsphase (auch Entgiftung genannt)

- Entgiftungsbehandlung ist nur notwendig, wenn nach dem Absetzen des Alkohols beträchtliche Entzugssyndrome zu erwarten sind, besonders gefährdet sind Personen, die bereits ein *Alkoholdelir* oder *Krampfanfälle* in der Anamnese aufweisen oder die zusätzlich *Medikamente* zu sich nehmen → stationäre Aufnahme auf eine internistische Station zur Entgiftung.
- Wenn soziale Situation günstig und Motivation zur Abstinenz groß ist → ambulante Entgiftung ohne Medikamente möglich.
- Manchmal Entzugsbehandlung notwendig, weil Patient es nicht schafft, vorläufige Abstinenz oder deutliche Reduktion seines Alkoholkonsums zu erreichen.
- Oft ist sie ganz einfach deshalb notwendig, weil die meisten Suchtfachkliniken eine Entzugsbehandlung als Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung fordern.

4.1.3 Entwöhnungsphase

- Gilt als Kern der Alkoholismusbehandlung.
- Ambulant (spezialisierte psychosoziale Beratungsstelle, aber auch niedergelassene Psychotherapeuten) kommen zum Einsatz:
 - Verhaltenstherapeutische Programme mit Verhaltensanalyse des Suchtverhaltens, Interventionen zur Verbesserung der Selbstkontrolle bezüglich Trinken und der sozialen Kompetenz.
 - Tiefenpsychologische Konzepte, diese sind meist gering strukturiert und gehen von einer etwas längeren Behandlungsdauer aus (bei ein bis zwei Sitzungen pro Woche ist mit mindestens einem Jahr zu rechnen).
 - Gruppentherapie oder Einzeltherapie, auch Dreiergespräche mit einem Angehörigen, Angehörigengruppen; auch Familientherapie.
 - Ein Problem ist die hohe Abbruchquote (25 % bis 50 %).
- Stationär (Suchtfachklinik, Suchtstation psychiatrischer Krankenhäuser) kommen zusätzlich zum Einsatz:
 - Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation).
 - Vor allem Gruppentherapie, ergänzt durch Einzelgespräche, Einbeziehung von Angehörigen (Einzelgespräche, Partnerseminare).

⁶ 21 % aller Alkoholiker sterben durch Suizid (Goodwin, 1982, zitiert nach Kryspin-Exner)

- Verschiedene theoretische Grundorientierung (tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch) je nach Ausbildung der Therapeuten, wegen Vielzahl der Therapeuten ergibt sich meist "pragmatische" Ausrichtung.
 - Typische verhaltenstherapeutische Interventionen zur *Verbesserung der Alkoholkontrolle* sind Stimuluskontrolle, Gedankenstopp-Training⁷, verdeckte Sensibilisierung⁸, Ablehnungstraining bei Alkoholangeboten.
 - Zur Förderung sozialer Kompetenz werden Kommunikationsübungen, Selbstbehauptungstrainings und Kontaktübungen durchgeführt.
 - Dauer: von sechs-wöchiger Kurzbehandlung bis zur "klassischen" Sechs-Monatsbehandlung.
 - Neuerdings Trend zur Individualisierung: sog. indikative Gruppen (z. B. für ein Entspannungstraining oder für eine Sexualtherapie).
- Wirksamkeit: leider unklar, noch zu wenig empirische Hinweise

4.1.4 Nachsorgephase

Die ersten 6 bis 12 Monate nach der Entwöhnungsbehandlung gelten als besonders kritisch, im ersten Halbjahr beträgt die Rückfallquote (Abstinenz nicht durchgehalten) 30 % bis 40 %.

Nachsorgeangebote:

- Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, Blaukreuz-Gruppen, Gutempler, etc)
- Übergangsheime (meist mit Therapieangebot)
- Betreute Wohngemeinschaften
- Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

Am häufigsten werden Selbsthilfegruppen genutzt, die "Hemmschwelle" ist hier niedriger als bei professioneller Therapie. Über die Effekte ist wenig bekannt, Rückfällige scheinen eher von Selbsthilfegruppen und Therapie in dieser Phase zu profitieren.

5 Falldarstellung: Delirium Tremens⁹

Der Gastwirt, 34 Jahre alt, den ich Ihnen heute vorstellen möchte, wurde erst vor einer Stunde in die Klinik aufgenommen. Er versteht die Fragen, die ihm gestellt werden, kann aber einige davon nicht hören und macht einen ziemlich abwesenden Eindruck. Er gibt seinen Namen und das Alter korrekt an... Er kennt aber die Ärzte nicht, versieht sie mit den Namen seiner Bekannten und denkt, er sei seit zwei oder drei Tagen hier. Es muß sich dabei um das Hotel Krone oder eher um das "Verrücktenkrankenhaus" handeln. Das Datum kennt er nicht.

...Er rutscht auf seinem Stuhl umher, blickt viel in der Gegend umher, beginnt mehrfach ein wenig und spielt weiter mit seinen Händen. Plötzlich steht er auf und bittet darum, für kurze Zeit sofort Klavier spielen zu dürfen. Er kann dazu überredet werden, sich sofort wieder hinzusetzen, möchte dann aber weggehen, "um ihnen etwas anderes zu sagen, was er vergessen hat." Er wird langsam immer mehr erregt, sagt, daß sein Schicksal besiegelt sei; er müsse jetzt die Welt verlassen; sie möchten ein Telegramm an seine Frau schicken, daß er dem Tod nahe ist. Durch Befragen erfahren wir, daß er durch Elektrizität hingerichtet werden wird, aber auch erschossen. "Das Bild ist nicht ganz eindeutig gemalt", sagt er, "jeden Augenblick steht jemand hier, dann dort und wartet mit dem Revolver auf mich. Wenn ich meine Augen öffne, verschwinden sie." Er sagt, daß eine stinkende Flüssigkeit in

⁷ Unerwünschte Gedanken herbeiführen und laut "Stopp" rufen.

⁸ In der Phantasie den übermäßig positiv eingeschätzten Auslöser Alkohol mit negativen Konsequenzen (z. B. sich erbrechen) paaren. Geht auch härter: gelegentlich wird Disulfiram (Eingetragenes Warenzeichen Antabus®) eingesetzt, das bei Alkoholgenuss tatsächlich Übelkeit auslöst (pharmakologische Aversionstherapie).

⁹ Nach Emil Kraepelin (*1856, †1926), ungekürzt abgetippt aus Spitzer (1991).

seinen Kopf und seine beiden Zehen injiziert worden sei, was verursache, daß er die Bilder als Realität ansehe. Dabei handele es sich um das Werk einer internationalen Gesellschaft, die sich mit denjenigen befaßt, die "durch falsche Schritte unschuldig ins Unglück stürzen." Dabei beobachtet er aufmerksam das Fenster, wo er Häuser und Bäume auftauchen und wieder verschwinden sieht. Bei einem leichten Druck auf seine Augen sieht er zuerst Funken, dann einen Hasen, ein Bild, einen Kopf, eine Waschgarnitur, einen Halbmond und einen menschlichen Kopf, erst grau und dann in Farben. Wenn sie ihm einen Lichtfleck auf dem Boden zeigen, versucht er ihn aufzuheben und sagt es wäre ein Geldstück. Wenn sie seine Hand schließen und ihn fragen, was sie ihm gegeben haben, wird er seine Finger sorgfältig geschlossen halten und raten, daß es ein Bleistift oder ein Stück Radiergummi sei. Die Stimmung des Patienten ist halb besorgt und halb amüsiert. Sein Kopf ist ziemlich gerötet, sein Puls ist schwach und ziemlich beschleunigt. Sein Gesicht ist aufgedunsen und seine Augen sind wässrig. Sein Atem riecht stark nach Alkohol und Azeton. Seine Zunge ist dick belegt und zittert, wenn er sie herausstreckt. Seine ausgestreckten Finger zeigen einen deutlichen ruckartigen Tremor. Die Kniereflexe sind etwas verstärkt.

Unser Patient hat stark getrunken, seit er 13 Jahre alt war... Zum Schluß trank er, nach seinen Angaben, sechs oder sieben Liter Wein täglich und fünf oder sechs Magenbitter, während er kaum eine andere Nahrung als Suppe zu sich nahm. Vor wenigen Wochen hatte er gelegentlich visuelle Haluzinationen – Mäuse, Ratten, Käfer und Kaninchen. Er verwechselte manchmal die Leute und kam im Hemd in seine Wirtschaft. Sein Zustand ist in den letzten Tagen schlechter geworden.

Literatur

Davison, G. C. & Neale, J. M. (1988). *Klinische Psychologie*. 3., neubearb. u. erw. Auflage. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 327-341 (Alkoholismus).

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern; Göttingen; Toronto: Huber. S. 80-92 (F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen).

Küfner, H. & Bühringer, G. (1997). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/II/2: Klinische Psychologie 2, Psychische Störungen und ihre Behandlungen* (S. 437-512). Göttingen: Hogrefe. 71/CM 1000 E61-4,2,2

Kryspin-Exner, J. (1994). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. (S. 267-297). Göttingen: Hogrefe. 71/CU 1000 R366 L5(2)

Rost, W. D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klatt-Cotta. S. 124-140, Ein integriertes psychodynamisches Modell der Sucht. 00/CU 4000 R839 P9

Spitzer, R. L. (1991). *DSM-III-R-Falldarstellungen*. Weinheim: Beltz. S. 417-418 (Delirium tremens, Kraepelin). 71/CZ 3000 D536 S7

